

THESIS

MUNICH

1967

DAS VERHÄLTNIS
VON OBDUKTIONEN UND VERWEIGERUNGEN
BEZOGEN AUF DIE GESAMTMORTALITÄT
IN BAYERN

Ulf Empt

LANE MEDICAL LIBRARY OF
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR
PALO ALTO, CALIFORNIA



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AUS DEM INSTITUT FÜR GERICHTLICHE UND VERSICHERUNGS-
MEDIZIN DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. Wolfgang Laves

DAS VERHÄLTNISS
VON OBDUKTIONEN UND VERWEIGERUNGEN
BEZOGEN AUF DIE GESAMTMORTALITÄT
IN BAYERN

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

ULF EMPT
aus Viersen/Ndrh.

München 1967

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Professor Dr. Wolfgang SPANN
Mitberichterstatter:	Professor Dr. Wolfgang LAVES
Dekan:	Professor Dr. Manfred KIESE

Tag der mündlichen Prüfung: 4.7.1967

MEINEN ELTERN

IN DANKBARKEIT GEWIDMET

I n h a l t

I. Einleitung

- a) Kurzer Abriß der Sektionsgeschichte
- b) Wesen der Sektion
 - 1) Klinische Sektion
 - 2) Gerichtliche Sektion
- c) Zielsetzung der Sektion mit Abgrenzung gegenüber der Anatomie

II. Problem

III. Statistische Erhebungen und tabellarische Auswertung

IV. Zusammenfassung

V. Diskussion

VI. Literatur

I.

Das Streben der Ärzte nach Vornahme von Obduktionen ist so alt wie die medizinische Wissenschaft. Es beruht auf der Erkenntnis, daß der Tod des Menschen durch das Versagen eines lebenswichtigen Organes oder Organsystems ausgelöst wird, das seinerseits wieder in einer krankhaften Veränderung des Gewebes begründet ist. Diese Erkenntnis soll durch Obduktionen verifiziert werden.

Obduktionsähnliche Eingriffe wurden schon in der Antike praktiziert und die gewonnenen Eindrücke volksheilkundlich verwendet.

Im 5. Jahrhundert v.Chr. in der Zeit des Hippokrates wurden erstmals Teilsektionen vorgenommen. Mit dem Aufblühen der Anatomie im klassischen Altertum in Alexandrien waren auch regelmäßige Sektionen verbunden, sowohl um den normalen Körperbau zu erforschen, als auch wegen der pathologischen Erkenntnis. Verbrecher sind sogar von großen Ärzten alexandrinischer Schule vivisiziert worden.

Medizinisch motivierte Obduktionen wurden im ptolemäischen Ägypten geübt.

Hervorragender Vertreter und eigentlicher Begründer der pathologischen Anatomie wurde Erasistratus. Von ihm stammt die erste Beschreibung der Lebercirrhose und des Ascites. Durch Verschiebung des Hellenismus nach Rom verschiebt sich auch das medizinische Zentrum dort hin. Hauptvertreter und Einführer der Medizin ist Asklepiades (geb. ca. 124 v.Chr.) als erster Vertreter der Solidarpathologie, einer Pathologie, die weniger Wert auf die Veränderungen der Humores (Flüssigkeit des menschlichen Körpers) legte, als auf die Veränderung der festen, "soliden" Teile. Nach einem Stillstand bis etwa zum Ende des 2. Jahrhunderts n.Chr. nimmt Galen, der

größte Arzt der Geschichte, die Sektion von Tieren, speziell Affen, wieder auf und bringt es zu umfassenden Kenntnissen. Mit ihm schließt die Medizin des Altertums, und der "tausendjährige Schlaf" der Wissenschaften beginnt (Schwalbe).

Im Mittelalter ist die Obduktion im Abendland aus religiösen Vorstellungen verpönt und kommt erst in der Renaissance wieder auf (die Päpste Paul V. und Pius IV. ordnen in Rom im 16. Jahrhundert Obduktionen an). So knüpft die Medizin des Abendlandes an die verfallene römische Medizin an. Erst durch das Aufblühen der Schule von Salerno im 10. - 12. Jahrhundert werden die Sektionen wieder Bestandteil des medizinischen Unterrichts. Sogar Kaiser Friedrich II. (1215 - 1250) verfügt, daß alle 5 Jahre eine Leiche öffentlich sezirt werden solle, wozu Ärzte und Wundärzte herbeizuziehen seien. An den Universitäten wurden regelmäßige Sektionen durchgeführt, in Prag sofort nach der Gründung 1348. In Wien fand die 1. Anatomische Demonstration 1404 statt. Im allgemeinen aber blieben Sektionen bis ins 16. Jahrhundert doch verhältnismäßig selten.

In der Renaissance gerät der starre Glauben an die bisherigen medizinischen Autoritäten ins Wanken. Leonardo da Vinci (1452 - 1519) gilt als Bahnbrecher mit seinen anatomischen Studien der menschlichen Leiche, deren Ergebnisse er zeichnerisch niederlegte. Als eigentlicher Reformator gilt aber Andreas Vesalius (1514 - 1564), der schon als Student Leichensektionen selbst vornahm, später als Professor (1537) in Padua sezirierte und auf eingehenden Leichenstudien begründet 1543 sein großes Lehrbuch der Anatomie "De corporis humani fabrica" herausgab. Indessen ließen heftige Widersprüche nicht auf sich warten; die Behörden befürchteten Erregung öffentlichen Argernisses. Tübingen erhielt als 1. Universität 1481

die Erlaubnis zu Obduktionen. In einer Vorschrift heißt es: Es dürfe nur alle 3 - 4 Jahre in der kalten Jahreszeit nach Weihnachten die Sektion eines Hingerichteten erfolgen. Während der Obduktion, die mehrere Tage dauerte, mußten die Obduzenten jeden Morgen eine Seelenmesse hören und seien verpflichtet, sich keine Leichenteile anzueignen. Selbst Karl V. stellte 1656 der theologischen Fakultät von Salamanca die Frage, ob es katholischen Christen gestattet sei, menschliche Leichname zu zergliedern. Es verdient höchste Anerkennung, daß die Fakultät ein zustimmendes Urteil abgab. Dem Hieronymus Beszler wurde in Nürnberg 1593 eine Leichensektion nur erlaubt mit dem Hinweis: "Er solle anatomiam in der Stille verrichten und nicht viel Leuth zusehen lassen, damit kein groß Zulaufen verursacht werde".

Um 1600 finden wir in Italien unter Bottoni und Oddi erste Andeutungen pathologisch-anatomischer Sektionen als Teil des klinischen Unterrichts. Welche Bedeutung William Harvey, der 1628 den Blutkreislauf entdeckte, den Sektionen auch in pathologischer Hinsicht beimaß, geht aus einem Ausspruch hervor, den er anläßlich der Sektion des Thomas Parr, eines Bauern, der 152 Jahre alt geworden sein soll, getan hat: "Eine Eröffnung eines Schwindsüchtigen oder eines an einer langwierigen Krankheit Verstorbenen bringt mehr Nutzen als 10 Sektionen Gehängter". Trotzdem werden Anatomie und Pathologie auch weiterhin als Stiefkinder behandelt, bis es um die Wende des 18. Jahrhunderts durch die Franzosen zu einem erneuten Aufschwung kommt. Der bedeutendste pathologische Anatom des 18. Jahrhunderts, von dem an viele die Geschichte der pathologischen Anatomie rechnen, ist Battista Morgagni (1682 - 1771). Er beschreibt meisterhaft die Befunde seiner Sektionen und vergleicht sie mit dem Verlauf der Krankheiten.

Sein 1761 erschienenes Werk

"De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis libri quinque" faßt alle seine Betrachtungen zusammen. Der wissenschaftliche Gesichtspunkt, eine festere Verbindung der normalen Anatomie und Physiologie mit der Pathologie herzustellen, trat klar hervor.

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts begründet Johannes Müller durch erste mikroskopische Untersuchungen die Geschwulstlehre. Sein Schüler Rudolf Virchow (1821 - 1902) macht die pathologische Anatomie am Sezier- und Mikroskopiertisch zu einer Hauptgrundlage der Medizin.

Nicht zuletzt durch die Gründung des Archivs für pathologische Anatomie und Herausgabe Virchow-Hirsch'schen Jahresberichte.

In Wien sonderten erstmals Kliniker und pathologische Anatomen ihre Arbeitsgebiete ab, um sich besser ergänzen zu können. Die Wiener Schule, speziell unter dem pathologischen Anatom Rokitsanski (1804 - 1878) wird zum Anziehungspunkt der Ärzte und überflügelt das bis dahin führende Paris.

Die Sektion.

Eine Sektion ist eine medizinisch protokollierte Untersuchung der Leiche auf äußeres Erscheinungsbild und inneren Zustand; und zwar durch schonende, methodisch fixierte Eröffnung der drei Körperhöhlen und Prüfung der Organe mit abschließendem kunstgerechtem Wiederverschluß.

Der Rahmen der Obduktion und die fixierte Methode gewährleisten die grundsätzlich sittlich einwandfreie Untersuchung der Leiche.

Die gerichtliche Sektion.

Die Diskussion um die gerichtliche Sektion darf wohl als wesentlich geringer bezeichnet werden als die um die Ausführung von klinischen Sektionen. Vielleicht nicht zuletzt, weil für viele der Begriff des Gerichts an sich schon unangenehm und mit Obrigkeit und Polizei verbunden ist. Dann auch darum, weil die Ziele manch einem einleuchtender erscheinen.

1. Beim Verdacht einer Infektionskrankheit, die zu einer Epidemie führen könnte, also auch jeder einzelne infiziert werden könnte, liegt das Interesse jedes einzelnen vor.

So dienen die seuchen-polizeilichen Obduktionen zur ursächlichen Klärung bei plötzlichem Tod ohne fremdes Verschulden bei Seuchengefahr usw.

2. Die Feuerbestattungssektion ist letztlich eine Vorbeugungsmaßnahme. Durch sie wird vermieden, daß möglicherweise verdächtige Spuren bei Verfaßtheit auf ein Verbrechen durch Verbrennen beseitigt werden.

3. Die versicherungsrechtliche Obduktion dient zur Prüfung der Kausalverhältnisse des Todes in Bezug auf Versicherungsleistungen. Unfallfremde Leiden, die einen Unfall vortäuschen könnten und durch die Sektion aufgedeckt würden, könnten sowohl für Versicherungsträger als auch Geschädigte oder Hinterbliebene von Interesse sein.

4. Die größte Bedeutung aber kommt der eigentlichen gerichtsmedizinischen Sektion zu.

Sie wird angeordnet zur Klärung der Todesursache bei Verdacht auf strafbare Handlungen und fremdes Verschulden, Fehlbehandlung, fahrlässige Tötung usw.

Sie ist nur dann geboten, wenn eine strafbare Handlung als Todesursache nicht ausgeschlossen

werden kann, Todesursache und Schuldiger nicht einwandfrei feststehen und eine Leichenschau zur Feststellung der Todesursache nicht genügt.

Die klinische Sektion.

Die klinische Sektion (pathologisch-anatomisch) dient der medizinischen Klärung der Krankheits- und Todesursache. Ihre Vornahme dient damit in erster Linie dem Interesse der medizinischen Wissenschaft und damit jedem einzelnen. Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten werden erweitert und damit die Grundlage für die Verhütung von Gesundheitsstörungen geschaffen und wertvolle Erfahrungen für die Behandlung späterer Fälle analogen Charakters gesammelt. Nicht zuletzt dient sie der Selbstkontrolle der Ärzte, da die in der Klinik gestellten Diagnosen und die therapeutischen Maßnahmen kritisch überprüft werden können.

Ferner dienen möglicherweise erst durch die Obduktion erkannte Infektionen oder gewerbliche Schäden wegen der sich daraus ergebenden Maßnahmen zu ihrer Behebung, der öffentlichen Gesundheit.

Die Erkennung von Erb-leiden müßte für jede einzelne Familie von Interesse sein.

All diesen nutzbringenden Gründen steht die rechtlich bindende Verweigerung der Verstorbenen selbst oder seiner Angehörigen entgegen.

Ablehnungsgründe.

Die Vornahme klinischer Sektionen wird in der Öffentlichkeit vielfach mißbilligt. Es wird eingewandt, die Maßnahme schände die Würde des Menschen; hinzu käme, daß dem Obduzenten jedes aesthetische Gefühl fehle. Niemand habe das Recht am entseelten Körper eines Menschen seinen Wissensdrang zu befriedigen. Die sterblichen Überreste seien als geheiligt zu be-

trachten, um den Frieden des Leichnams nicht zu stören. Ferner könne der Schmerz der Angehörigen Achtung beanspruchen. Häufig wird eingewandt, das Ansehen des Verstorbenen und seiner Angehörigen könne gemindert werden, zumal früher nur Ehrlose, d.h. Prostituierte und Verbrecher, seziert wurden. Ferner gründen sich Ablehnungen auf regligiöse Überzeugungen und unüberwindliche Scheu vor einer vermeintlichen Pietätsverletzung. Nicht zuletzt können auch gesellschaftlich bedingte Vorstellungen und Bindungen zu starren Haltungen führen (das tut man nicht). Schließlich sei auch die "Rache" gegenüber den behandelnden Ärzten erwähnt, die nicht in der Lage wären dem Kranken zu helfen. Als Belohnung könne man "denen" jetzt nicht auch noch die Obduktion erlauben.

Stellungnahme zur Ablehnung.

Die Annahme, die Würde des Menschen könne verletzt werden und die daraus folgende ablehnende Haltung gegenüber Leichenöffnungen beruht in erster Linie auf der Unkenntnis der angewandten Methode und der offensichtlichen Verwechslung von klinischer Sektion und Anatomie. Man erwartet geradezu eine massive Entstellung, Verschmutzung, ja Zerstücklung und weiß nicht, daß das äußere Erscheinungsbild nach einer klinischen Sektion keine erkennbaren Veränderungen zeigt und auch die Leiche noch die Person des Verstorbenen darstellt.

Das häufige angeführte mangelnde ärztliche Ethos mit einer Destruktion des vollen humanen Erlebens im Umgang mit "Krankengut" dürfte bei einem ärztlichen Charakter zur Ausnahme gehören.

Gewiß besteht der Abgrund eines schweren Konflikts zwischen personal gebundenem Erlebnisbereich und dem Anspruch der Ärzte, über unentbehrliche Voraussetzungen ihrer Berufsarbeit verfügen zu können. Aber es sei

hinzugefügt, daß bei gutem persönlichem Verhältnis von Arzt zu Patient und Angehörigen Verweigerungen zu den Ausnahmen gehören.

Vielleicht ist zu wenig bekannt, daß durch eine Sektion die Ehre und das Ansehen eines Verstorbenen geradezu wiederhergestellt werden können, wenn z.B., vorher Gerüchte irgendwelcher Art über den Verstorbenen verbreitet wurden. Auch die religiös begründete Ablehnung ist vom moraltheologischen Standpunkt nicht relevant. Der Codex iuris Canonici will zwar sakrilegischen Mißbrauch von Leichen verhindern und belegt ihn mit drastischen Strafen. Ausdrücklich wird aber betont, daß der Ausdruck "in schlechter Absicht" die Tätigkeit des Mediziners nicht betrifft und daß die Sektion ein im Rahmen der modernen Heilbehandlung unentbehrliches und notwendiges und deshalb objektiv gutes Mittel zu einem sittlichen guten Zweck sei; wobei es große sittliche Kraft bedeute, die tiefe Hemmung für sich und andere preiszugeben, die der Sektion naturgemäß entgegensteht.

Zielsetzung.

Wichtigstes Ziel muß es sein, den Wert der Leichenöffnungen der Bevölkerung klarzumachen und darauf hinzuweisen, daß die klinische Sektion zu einem lebensnotwendigen Hilfsmittel der medizinischen Wissenschaft gehört. Weiter die Aufklärung darüber, daß medizinische Forschung und Ausbildung neuer Heilmethoden, die Kontrolle der Wirkungen alter und neuer Medikamente zu einem großen Teil von Sektionen abhängig sind. Mit dem Argument, daß vermehrte Sektionen nicht nur dem einzelnen (Vererbung von Krankheiten) sondern auch der Allgemeinheit zugute kommen, ließe sich die öffentliche Meinung gewinnen.

"Wie Gott es seinen Boten hat schon unzählige Male einem Lebenden das Leben verlängert".

Rundfunk und Presse könnten zur Beruhigung z.B. vor Krebsfurcht und Arteriosklerose beitragen, wenn sie bei jeder Gelegenheit darauf hinwiesen, daß möglichst viele Sektionen zu den Voraussetzungen eines erfolgreichen Abwehrkampfes gehören und gleichzeitig noch auf die Unterschiede von Pathologie und Anatomie hinweisen; daß nämlich keine Zergliederungen vorgenommen werden und jede Entstellung einer Leiche vermieden wird. Das so häufige publizistische Interesse für die Medizin bietet Möglichkeiten genug, Erziehungsarbeit für die Sektion zu leisten.

Ein sehr wichtiger Punkt scheint mir noch die völlig unzureichende technisch-bürokratische Seite zu sein: Es ist unmöglich, jedem Kranken, für den vielfach schon die Einlieferung in die Klinik ein Trauma bedeutet, beziehungsweise post mortem seinen Angehörigen, ein Formular mit Stellungnahme zur Obduktion - zum Messer des Prosektors vorzulegen. Jedes mühsam, gerade aufgebaute Vertrauen kann, ja muß erlöschen. Noch deutlicher - schwarz auf weiß - wenn es um Leben und Tod geht.

Da auch von juristischer Seite (Strafrechtler Eberhard Schmidt) betont wird, es liege ein klares Gemeinschaftsinteresse vor, dem Arzt weitgehende Möglichkeiten zur Sektion zu eröffnen, wäre es an der Zeit und dem Ansehen von Ärzten und Kliniken dienlich, diese unentbehrliche Handlung aus der Atmosphäre der Rechtsunsicherheit herauszunehmen.

Da jeder Eingriff vom guten Willen und der Einsicht der Kranken und seiner Angehörigen abhängig ist - also für jeden Fortschritt der medizinischen Wissenschaft eine gesetzlich zwingende Genehmigung erforderlich ist - ein unhaltbarer Zustand - müßte hier dringend eine Lösung gefunden werden:

Denn die Sektion dient dem Kranken.

Ärzte ohne Anatomie gleichen
den Maulwürfen. Sie arbeiten
im Dunkeln und ihrer Hände
Tagewerk sind - Erdhügel.

Prof. Tiedemann

Ausdrücklich möchte ich noch darauf hinweisen,
daß keinesfalls das Ansehen und die hervorragende
Stellung der Anatomie für die Ärzte und damit für
die gesamte Medizin gemindert werden soll. Ohne ge-
naueste Kenntnis der Anatomie wäre die Ausübung der
gesamten Medizin, speziell noch jeden chirurgischen
Arbeits, unvollständig. Pathologie ist nur andersartige
Anatomie, und ohne deren genaue Kenntnis nicht zu
tun.

Ohne fundamentale Kenntnisse der Anatomie und der Pa-
thologie, gefunden in Jahren, wäre besonders jeder
operativ tätige Arzt, gerade in den Augen jener, die
sehen jede Leichendöffnung Sturm laufen, ein Verbre-
der.

Die Kenntnis des Toten gibt es keine Hilfe für die
Lebenden.

Es sollte nur eine Abgrenzung der Aufgabensphäre
und der Verantwortlichkeit vorgenommen werden.
Vielleicht lassen sich dadurch große psychologische
und pädagogische Schwierigkeiten aus dem Wege räumen.

II.

Die Arbeit soll das Verhältnis von Sektionen und
Verleichenungen bezogen auf die Gesamtsterblichkeit in
Bayern von 1890 - 1900 herausstellen. Es wird gefragt,
wie hoch die absoluten Zahlen derer sind, die über-
haupt für eine Sektion in Frage kamen, wie hoch der
Prozentsatz an der Gesamtsterblichkeit ist und wie
sich diese Verhältnisse in den betreffenden 5 Jahren
entwickelt haben.

III.

Das Zahlenmaterial stammt aus den Sektionsunterlagen der Pathologien, Prosekturen, Heil- und Pflegeanstalten und aus den Unterlagen der gerichtsmedizinischen Institute und Landgerichte im Lande Bayern. Diese Institute wurden zum Teil aufgesucht, zum Teil angeschrieben. Die Ergebnisse der Max-Planck-Gesellschaft für Psychiatrie in München wurden nicht mit aufgenommen, da eine Aufschlüsselung derer Zahlen nicht möglich war, weil Gehirne aus ganz Deutschland zur Untersuchung gelangten.

Die Mortalitätsziffern sind dem Statistischen Jahrbuch für Bayern entnommen.

Es ergab sich für die einzelnen Regierungsbezirke Bayerns:

Tabelle I : Sterbefälle

	1960	1961	1962	1963	1964
Bayern insgesamt	109786	106363	109282	111973	108816
<u>Reg. bez.:</u>					
Oberbayern	30362	29966	30751	31293	31244
Niederbay.	12003	11080	11535	11812	11308
Oberpfalz	10222	9730	9920	10173	9884
Oberfranken	12916	12707	13007	13383	12529
Mittelfranken	16398	15947	16551	16689	16525
Unterfranken	11785	11690	11734	12389	11763
Schwaben	16100	15243	15784	16234	15563
<u>Großstädte:</u>					
München	11908	11668	11815	12157	12244
Münberg	5308	5320	5448	5533	5515
Augsburg	2470	2377	2414	2519	2408
Regensburg	1494	1393	1465	1488	1509
Würzburg	1303	1243	1299	1338	1303

Die Anzahl der Obduktionen der pathologischen und gerichtsmedizinischen Institute und der Heil- und Pflegeanstalten wurde gesondert ermittelt:

Tabelle II: Obduktionen

	1960	1961	1962	1963	1964
Path.Institute +Prosekturen	6569	6881	6983	6915	6956
Heil-und Pflege- anstalten	331	304	234	213	242
Gerichtsmediz. Institute und Landgerichte	1180	1107	1264	1430	1419
Gesamtzahl	8080	8292	8481	8558	8617

Die in Tabelle 2 aufgeführten Zahlen wurden für die späteren Berechnungen nicht benutzt, da diese Sektionen zum Teil in Zusammenarbeit mit anderen Instituten durchgeführt wurden. Durch diese Doppelzählungen wäre ein unrichtiges Bild entstanden. Die revidierten Zahlen in Tabelle 3 geben die effektive Menge wieder, da alle Doppelzählungen von der Gesamtanzahl subtrahiert wurden.

Tabelle III: Revidierte Obduktionszahlen

	1960	1961	1962	1963	1964
Path.Institute +Prosekturen	6441	6747	6822	6760	6802
Heil-und Pflege- anstalten	331	304	234	213	242
Gerichtsmediz. Institute und Landgerichte	1136	1673	1190	1355	1320
Gesamtzahl	7908	8124	8246	8328	8364

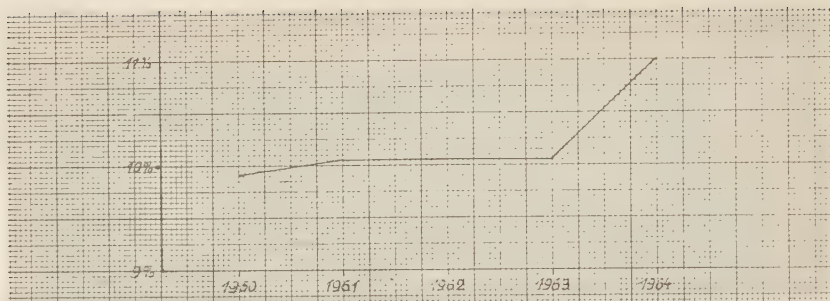
Leider war es nicht möglich, genaue Zahlen für die Verweigerungen zu ermitteln, da verschiedene pathologische Institute, die nicht direkt Krankenhäusern angeschlossen sind und nur im Auftrag obduzierten, und die Heil- und Pflegeanstalten die Anzahl der Verweigerungen nicht protokollarisch festhielten. Folgende Tabelle 4 bezieht sich daher nur auf Verweigerungsfälle pathologischer und gerichtsmedizinischer Institute und der Prosekturen.

Tabelle IV: Verweigerungen

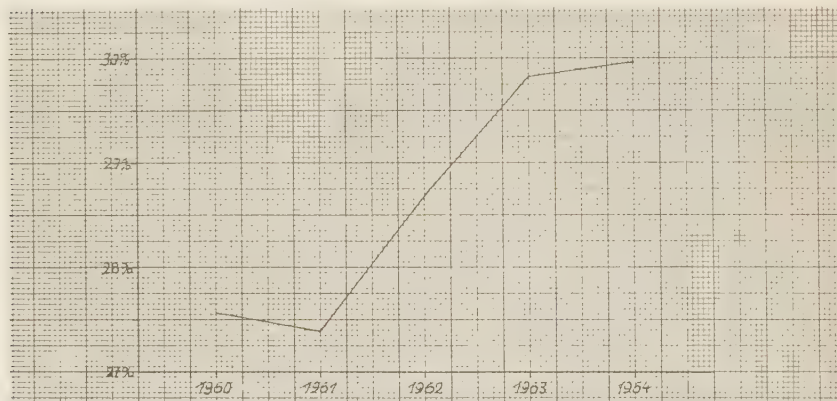
	1960	1961	1962	1963	1964
Path. Institute +Prosekturen	2929	2977	3181	3411	3430
3 Gerichtsmediz. Institute	81	88	136	129	157
Gesamtzahl	3010	3065	3317	3540	3587

Der prozentuale Anteil der Verstorbenen, die überhaupt für eine Obduktion in Betracht gezogen wurden, ist angesichts der Gesamtsterblichkeit gering. Für den gesamten Zeitraum von 1960 - 1964 ergibt sich eine Zunahme von 1,1 %. Aus der graphischen Darstellung ist zu ersehen, daß dieser Anstieg vorwiegend 1964 zustande kam, während von 1960 - 1963 nur eine Zunahme von 0,15 % zu verzeichnen ist.

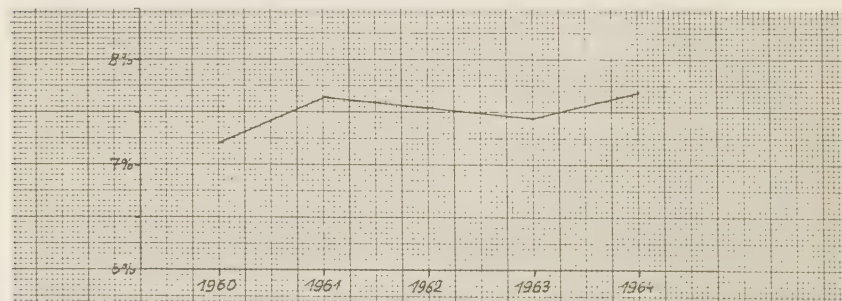
Aus Tabelle III ist zu entnehmen, daß die Zahl der Obduktionen von 1960 - 1964 kontinuierlich anstieg. Der prozentuale Anteil der Obduktionen an der Gesamtmortalität stieg von 1960 - 1961 um 0,4 %, fiel jedoch von 1961 - 1963 um 0,17 %. 1964 erfolgte ein Anstieg um 0,25 % auf insgesamt ...



Prozentualer Anteil der für eine Obduktion in Betracht gezogenen Verstorbenen bezogen auf die Gesamt mortalität (100%)



Prozentualer Anteil der Verweigerer bezogen auf die für eine Obduktion in Betracht gezogenen Verstorbenen (100%)



Prozentualer Anteil der Obduzierten an der Gesamt mortalität (100%)

Von einer eindeutigen Aufwärtsentwicklung kann nicht gesprochen werden, eher von einer gewissen Stagnation.

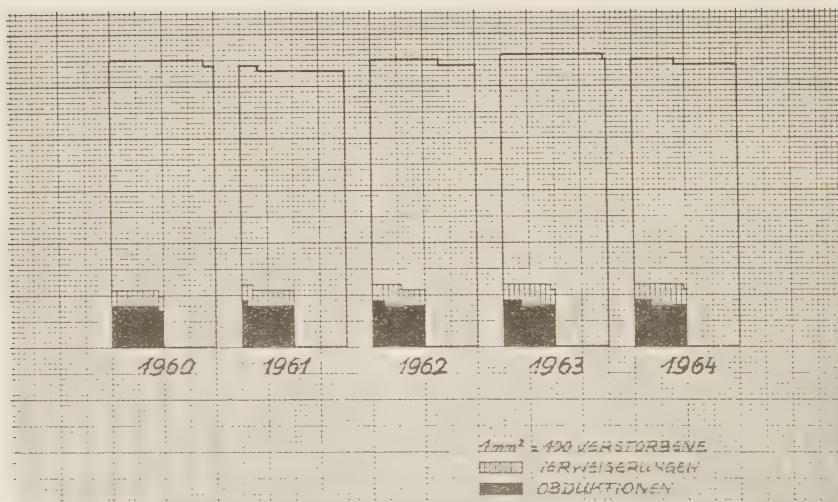
Eindeutig angestiegen sind die Verweigerungen, soweit sie zu ermitteln waren. Auf einen kurzen Rückgang von 1960 auf 1961 um 0,17 % folgte ein Anstieg bis 1963 um 2,43 % und erreichte nach einem leichten Anstieg 1964 die Gesamtzahl von nahezu 30 %.

Ein abrundendes Bild soll die Betrachtung der Streuungsbreite geben. Dabei wurde die Gesamt mortalität zu den für eine Sektion überhaupt in Betracht gezogenen Verstorbenen ins Verhältnis gesetzt. Sie ergibt $\sigma \approx 0.43$, d.h. die Anzahl der geforderten Sektionen unterlag von 1960 - 1964 nur geringen Schwankungen.

Tabelle V : Zusammenfassung

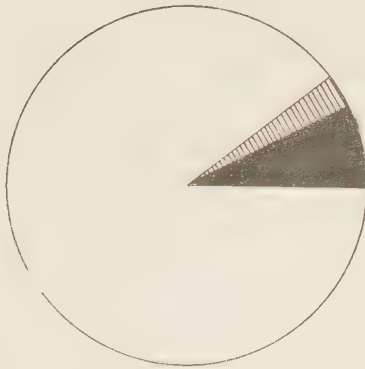
	Mortalität (100,0)	Obduktion - vorgeschlagen (100%)*	Verweigerungen	Obduktionen
1960	109786	10918 9,91%	3010 27,56%*	7908 7,20%
1961	106363	11189 10,05%	3065 27,39%*	8124 7,63%
1962	109282	11563 10,06%	3317 28,68%*	8246 7,54%
1963	111973	11868 10,05%	3540 29,82%*	8328 7,44%
1964	108816	11971 11,00%	3587 29,96%*	8364 7,69%

* bezogen auf die zur Obduktion vorgeschlagenen Verstorbenen



zusammenfassende Darstellung über die Anzahl der Verstorbenen, Obduzierten und Verweigerer

Die Gesamtdarstellung für die betreffenden 5 Jahre ergibt, daß bei einer Gesamtmortalität in Bayern von 546 220 nur 40 970 für eine Obduktion in Betracht kamen, das sind 10.52 %. Nach Wegfall der Verweigerungen blieben aber nur noch 7,5 % übrig, die effektiv seziiert wurden.



Verstorbene:	546220	= 100%	
Obduktionen:	40970	= 7,50%	
Verweigerungen:	16519	= 3,02%	

GESAMTDARSTELLUNG FÜR 5 JAHRE
von 1960 bis 1964

V.

In den Jahren 1960 - 1964 verstarben in Bayern 546 220 Personen.

Davon kamen nur 10.52 % für eine Obduktion in Frage. Effektiv seziert wurden nur 7,5 %. Eine eindeutige Entwicklung nach vorne ist nicht festzustellen, wie auch aus der Betrachtung der Streubreite hervorgeht.

Die ablehnende Haltung der Obduktion gegenüber ist dadurch bedingt, daß die breite Masse der Bevölkerung keine klare Vorstellung von einer Sektion, vom Sinn und Wert einer Leichenöffnung für die medizinische Forschung hat und auch darüber nicht von zuständiger Seite aufgeklärt wird.

Abhilfe könnte geschaffen werden durch ausreichende und eindeutige Aufklärung der Bevölkerung, durch eine Erweiterung der gesetzlichen Grundlagen zur Vornahme von Sektionen und nicht zuletzt durch eine größere Anzahl an Prosekturen mit ausreichendem geschultem Personal.

L i t e r a t u r

- Hoffmann, H.R. Die klinische Leichenöffnung als
 rechtliche und ärztlich-ethische
 Frage
 Der öffentliche Gesundheitsdienst
 25. Jahrgang 1950/51
- Koch, H.J. Pietät und Wahrheitsermittlung bei
 Obduktionen
 Neue juristische Wochen-Schrift
 Heft 12 1965
- Königer, E. Aus der Geschichte der Heilkunst
 München, Prestel Verlag 1958
- Meesen, H. Probleme und Aufgaben der patho-
 logischen Anatomie
 Öffentliche Antrittsvorlesung am
 23.2.1949
- Paleotti, M. Lexikon für Theologie und Kirche
- Prokop, O. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin
 Verlag Volk und Gesundheit
 Berlin 1960
- Schulz, G. Arztrecht für die Praxis
 Schlütersche Buchdruckerei
 Hannover 1965
- Schwalbe, E. Vorlesungen über Geschichte der
 Medizin
 3. Auflage 1920

Spann, W.

Ärztliche Rechts- und Standes-
kunde

J.F. Lehmanns-Verlag

München 1962

Trockel, H.

Die Rechtswidrigkeit klinischer
Sektionen

Heft 10

Berlin 1957

Herrn Professor Dr. med. W. Laves danke ich für die
Übernahme des Korreferats

Herrn Professor Dr. med. W. Spann danke ich für die
Überlassung des Themas und seine freundliche Hilfe
und nützlichen Ratschläge.

LEBENS LAUF

Am 18.8.1939 wurde ich als zweiter Sohn der Eheleute Dr. med. Josef Empt und seiner Ehefrau Margarete, geb. Fliescher in Viersen/Ndrh. geboren. Die Grundschule und die Höhere Schule besuchte ich in Viersen. Am 28.3.1960 legte ich am Städt. Hum. Gymnasium die Reifeprüfung ab. Den Wehrdienst leistete ich in Lingen, München und Hamburg ab. Das Medizinstudium begann ich in Freiburg/Br. und setzte es in Marburg/L., Würzburg und München fort.

Am 3.7.1967 bestand ich in München das medizinische Staatsexamen.

